



Carnets

Revue électronique d'études françaises de l'APEF

Deuxième série - 19 | 2020
Petite fabrique d'interprètes

Lire, dire, trans/former

De la littérature à la médecine narrative

Maria de Jesus Cabral



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/carnets/11426>

DOI : 10.4000/carnets.11426

ISSN : 1646-7698

Éditeur

APEF

Référence électronique

Maria de Jesus Cabral, « Lire, dire, trans/former », *Carnets* [En ligne], Deuxième série - 19 | 2020, mis en ligne le 31 mai 2020, consulté le 02 juin 2020. URL : <http://journals.openedition.org/carnets/11426> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/carnets.11426>

Ce document a été généré automatiquement le 2 juin 2020.



Carnets est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons - Attribution – Pas d'utilisation commerciale 4.0 International.

Lire, dire, trans/former

De la littérature à la médecine narrative

Maria de Jesus Cabral

NOTE DE L'AUTEUR

Cette étude émane d'une recherche interdisciplinaire incluant un travail d'observation de consultations réalisé à l'IPO – Institut Oncologique de Lisbonne, dans le cadre du projet « Do Texto ao corpo. Interfaces teatro e Medicina (« Du texte au corps. Interfaces théâtre et Médecine ») (2015-2019), actuellement poursuivi dans le cadre du Projet « SHARE – Saúde e Humanidades Actuando em Rede (Santé et Humanités Agissant en Réseau), à l'université de Lisbonne. <http://humanidadesmedicas.lettras.ulisboa.pt/pt/share>

« Il n'est de science que celle de la relation entre
les choses »

Fernando Pessoa

- 1 Depuis plusieurs décennies, les études littéraires ont perdu du terrain (y inclus institutionnel) par rapport à des filières culturelles ou techniques, portant sur des réalités concrètes ou sur des domaines émergents, comme c'est le cas des études de genre ou des humanités numériques. Ce constat, qui a nourri nombre de débats sur la *crise* des humanités (Todorov 2007), sur la valeur artistique de la littérature (Jouve, 2010), sur la dévaluation de l'institution littéraire (Viart et Demanze, 2011), s'est progressivement constitué en défi : si la perte d'une position canonique est indéniable, il semble que la littérature et son enseignement gagne à être réinventée en elle-même, à travers des approches qui entérinent son statut de discipline scientifique, aussi bien qu'à travers les dialogues et partages qu'elle suscite avec d'autres disciplines.
- 2 Par la souplesse de son objet, la littérature s'avère effectivement apte à embrasser « le champ des possibilités humaines » (Kundera, 1986 :57), selon le mot de Milan Kundera. En évoquant ce phénomène, Roland Barthes énumérait chez *Robinson Crusoé* les nombreux savoirs qui s'y trouvent brassés : « historique, géographique, social, colonial,

technique, botanique, anthropologique... » (Barthes, 1978 : 18). C'est en ce sens qu'il convoque le concept de *mathesis* pour la « discipline littéraire » qui « fait tourner les savoirs. Elle n'en fixe, elle n'en fétichise aucun ; elle leur donne une place indirecte, et cet indirect est précieux. » (*ibid.*). Mais si les savoirs et leurs spécificités sont effectivement mobilisés par les œuvres littéraires, il reste à mieux cerner cet *indirect précieux* ; en d'autres termes, ce que peut offrir la *méthode* littéraire aux différentes disciplines de ces savoirs.

- 3 J'aimerais dans cet article déplier la *mathesis* et envisager la lecture, la *pratique* même de ce que nous appelons la littérature, comme un enjeu majeur pour la formation médicale, surtout lorsque qu'elle implique l'appropriation du texte par la voix, la présence, et l'écoute. L'hypothèse se situe dans le droit fil de la médecine narrative (*Narrative Medicine*), une approche qui se nourrit justement des études littéraires et fait de la lecture, notamment, un vrai domaine de compétence.

1. Qu'est-ce que la médecine narrative ? origines et fondements

- 4 La médecine narrative (*Narrative Medicine*) surgit à la fin des années 1980 au sein des *Medical Humanities*, un courant de réflexion et de formation médicale qui se développe aux États-Unis depuis la décennie 1970. Il apparaît en Europe au tournant des années 2000, d'abord en Grande Bretagne et en Suisse, puis de manière progressive dans plusieurs pays, notamment au Portugal.
- 5 Mais alors que les Humanités Médicales en appellent aux différentes disciplines des humanités, des sciences sociales, des arts, de l'histoire de de la médecine, les faisant parfois interagir (Cole, 2015), la médecine narrative propose des méthodes littéraires pour la formation et la pratique médicales. Le but est de renforcer la médecine et les soins de santé de savoirs/faire *narratifs* permettant de *compléter* le champ de spécialisation, favorisant ainsi une relation plus compréhensive du patient. Rita Charon en donne la définition suivante : « discipline clinique et intellectuelle mue par la volonté de renforcer les soins de santé de compétences permettant d'accueillir le récit d'autrui – de le reconnaître, l'absorber, et l'interpréter, et d'agir en fonction de *son* histoire. » (Charon *et al.*, 2017 : 2 je traduis).
- 6 Les avancées de la biomédecine, associées à l'hyper-spécialisation et à la technoscience ont effectivement bouleversé les notions de rapport, d'expérience et de relation de manière significative. Les signes ne manquent pas qui reflètent un sentiment de malaise, voire d'urgence qui n'existait pas auparavant. « S'il y a un lieu d'humanité, c'est bien l'hôpital. Et s'il y a un lieu d'inhumanité, c'est encore l'hôpital », observe Edgar Morin (Morin : 2011 : 184). À l'opposé d'une médecine de plus en plus scientifique – alors même que l'évolution des maladies chroniques, des maladies infectieuses et des pandémies accroit, justement, le non-savoir et l'incertitude –, de nouvelles interfaces entre médecine et humanités voient le jour pour retisser des liens entre la science et la vie.
- 7 A la croisée des études narratives et des pratiques cliniques, la médecine narrative a émergé de l'intérieur du champ médical¹, comme une réaction vis-à-vis des interprétations normatives des cas « qui minimisent ou élident l'expérience vécue

d'une personne atteinte d'une maladie ou d'un handicap » (Charon *et al.*, 2017 : 93, je traduis).

- 8 La médecine narrative repose sur la notion de récit, inséparable de celles de l'identité, du soi, suite aux travaux de Paul Ricoeur (Ricoeur, 1990) sur lesquels cette approche prend racine. Il s'agit également de reprendre et de développer l'idée de récit comme un acte éthique, s'inspirant des travaux critiques et philosophiques de J. Hillis Miller, de Martha Nussbaum ou de Peter Brooks². Dans cette perspective, la médecine narrative emprunte également à nombreux penseurs et critiques français - Foucault, Lacan, Merleau-Ponty - dès lors qu'il s'agit de reconnaître « les mystères de la pensée, du corps et de l'esprit » (Charon *et al.*, 2017 : 104), contre toute dichotomie.
- 9 L'enjeu premier est pédagogique et formatif, empruntant aux humanités une dynamique *socio-relationnelle* manquante à la formation médicale (*Ibid.* : 38). Rita Charon (qui a elle-même suivi un double parcours en Médecine et Littérature, avec une thèse sur Henry James en 1999) propose alors des parcours « Littérature et Médecine » ou « Littérature et Société » (Un. Columbia, N.Y). La méthodologie comprend l'analyse textuelle, des exercices guidés de *lecture attentive*, de discussion et d'écriture créative, utilisant des outils de la critique littéraire et de la narratologie, mais aussi de la phénoménologie. En discutant, par exemple, la perspective de l'histoire lue, les étudiants et/ou futurs médecins ou soignants sont amenés à se *décentrer* de leur propre point de vue et à envisager celui/ceux des autres lecteurs. Ecrire à partir de l'histoire lue et discutée, favorise à son tour l'introspection, et constitue une technique tout aussi efficace pour encourager la créativité et l'imagination, au croisement entre l'univers du texte et la « vraie vie », favorisant un élargissement des horizons. L'acquisition d'une compétence narrative vise renouer avec la vocation *humaniste* de la médecine, aujourd'hui réprimée par des *guidelines* et des modèles très standardisés, à commencer par l'évaluation des connaissances (par QCM) dans les facultés de médecine³.
- 10 L'enjeu second est éthique, cette *élasticité* devant avoir des effets non seulement dans en termes d'interaction thérapeutique, mais aussi dans la réponse aux situations cliniques, qui doivent tenir compte d'un patient *particulier*, au lieu d'adapter des règles approuvées sur le cas.
- 11 Voyons ce que dit Charon des bases narratologiques de la médecine narrative :

Dans la théorie narrative, tout élément peut être distillé dans le temps, les personnages, le narrateur, l'intrigue et les relations qui s'installent entre le narrateur et l'auditeur. Ces caractéristiques correspondent aux caractéristiques narratives de la médecine dont nous faisons l'analyse. Avec ces composants simples, on bâtit des histoires, on les raconte, on les éprouve, on les comprend. La branche des études de lettres appelée narratologie analyse comment les histoires sont bâties, comment elles sont racontées et comment elles sont reçues, afin de mieux saisir leur signification et l'effet profond qu'elles exercent sur nous (Charon, 2015 : 82).
- 12 Charon propose la « lecture attentive » – inspirée de la *Close reading* – comme la pratique clé (« *signature method* », Charon *et al.*, 2017 : 57) de son approche. Le principe est de découvrir le texte comme un objet unique et singulier, ouvert au déchiffrement des signes, à la mise en contexte, au champ des interprétations possibles, autant de moyens déjouant la certitude et l'évidence :

La « lecture attentive » est la forme de lecture enseignée aux étudiants en littérature par laquelle le lecteur, en en prenant l'habitude, fait attention non seulement à l'intrigue et aux mots, mais à tous les aspects du dispositif littéraire du

texte.

(...) S'exercer à lire de près des textes littéraires n'est pas différent de l'entraînement aux lectures de type médical qu'assimilent les professionnels de santé (appelé à) faire attention aux différentes caractéristiques d'(une radio de thorax) grâce à la recherche systématique d'aspects spécifiques. (*ibid.* : 196)

- 13 Charon propose alors une « grille d'entraînement à la lecture » d'un texte par le biais de laquelle le lecteur – (futur) médecin ou professionnel de santé – examine cinq aspects narratifs du texte : « le cadre, la forme, le temps, l'intrigue et le désir ». L'objectif est d'établir des transferts avec ce qu'elle désigne « les traits narratifs de la médecine » (197) : « temporalité, individualité, causalité/contingence, intersubjectivité et éthique », précisant que cette démarche, devenue un réflexe, appliquera les mêmes outils interprétatifs aussi bien à un roman qu'à un article scientifique, ou à dossier médical. L'idée est d'activer des mécanismes complexes, à l'œuvre dans le processus interprétatif de la lecture, en contexte thérapeutique, où les médecins (et les professionnels de santé) ne se limiteront pas au jeu des questions/réponses mais auront « les capacités de faire attention à ce que les patients leur disent et de représenter ce qu'ils entendent. » (218)
- 14 Ciblée sur l'application clinique, la démarche veut que cette compétence soit utilisée pour cueillir des éléments du récit du patient, qui sont souvent source d'informations précieuses, notamment dans la phase du diagnostic – comme nous l'illustrerons plus loin. L'écoute est la porte d'entrée indispensable : « Il faut que des cliniciens à l'écoute vigilante arrivent à comprendre couramment les langages du corps et les langages du moi, tout en restant conscients que le corps et le moi ont des secrets l'un pour l'autre, peuvent se tromper l'un sur l'autre et être incompréhensibles l'un à l'autre, s'ils n'ont pas de traducteur compétent et adroit. » (185).
- 15 L'autre compétence parallèlement développée par le modèle de Rita Charon est l'écriture créative/réflexive écrite 'à l'ombre du texte', à partir d'une consigne précise (donner une suite à l'histoire, adopter le point de vue d'un personnage...) ou par la mise en récit d'une expérience. Elle encourage la *représentation*, qui se veut une mise en écrit de ce qui est entendu ou perçu, le rendant *autrement* visible à la fois aux yeux de celui qui écrit, et de celui qui lit ou écoute. En termes d'application à la consultation, la représentation peut prendre la forme concrète d'un dossier parallèle (*parallel chart*), par-delà le dossier clinique conventionnel, mais elle peut aussi prendre d'autres formes, comme la chronique ou le journal. Écrire d'une façon narrative – « une écriture dans le langage non technique » (Charon, 2015 : 250) oblige ainsi « le clinicien à demeurer en présence du patient » (*ibid.*), et favorise un contact plus fluide avec les questions posées pendant la rencontre clinique, et qui ne peuvent trouver une réponse dans l'espace-temps étroit de cette rencontre. Parce qu'elle « confère une existence plus concrète aux réflexions » (*ibid.* : 234), l'écriture narrative devra permettre d'*absorber* plus complètement le vécu des patients et également d'examiner plus explicitement (les) propres parcours des médecins. Il ne s'agit pas de reproduction, précise-t-elle mais d'introspection, résonance intersubjective : « une dimension d'intériorité très puissante – la biologie interne du corps du patient, son état interne émotionnel, et mon propre état interne émotionnel. Il y a de l'intériorité de nous deux » (250-251). Charon l'explique ailleurs en s'appuyant sur le philosophe Nelson Goodman : « la représentation ne se limite pas à copier un objet mais complète la perception de ce même objet. » (Charon, 2016 : 345). Enfin, en tant que processus narratif, l'écriture favorise le développement de capacités relationnelles, qu'elles soient thérapeutiques ou

« collégiales », comme le sous-tend la notion d'*affiliation*, qui complète le trépied conceptuel de la médecine narrative.

- 16 De ce fait l'attention et la représentation se conjuguent pour créer les conditions qui fondent l'*affiliation*. Celle-ci présuppose le *contact* transformateur de l'un avec l'autre » (236) et culmine dans l'action. Où revient le critère de l'efficacité :

Je peux *faire* des choses pour mes patients, comme conséquence de ces actes narratifs accomplis consciencieusement. Je *touche* mes collègues et les membres de mon équipe méthodiquement, personnellement, et de manière conséquente. (...) Ce qui semblait au départ un heureux effet secondaire de l'entraînement narratif en est le premier avantage : nos actes narratifs partagés nous permettent de nous affilier en dyades de soin efficaces avec le patient et, avec nos collègues, dans des collectifs professionnels cohérents (Charon, 2015 : 253).

- 17 En mettant l'accent sur l'interaction entre la lecture et l'écriture, en particulier en ce qui concerne des processus complexes comme l'imagination et les émotions, Charon concilie par le même chemin l'attention et la représentation sur la base de la réciprocité : « Pendant qu'une personne prête son attention, l'autre expose sa représentation, et pendant qu'une personne expose sa représentation, une autre prête son attention (...) créant ainsi des spirales entrecroisées au sein du moi et entre le moi et l'autre » (Charon, 2015 : 235). En contexte de consultation, le clinicien écoute *attentivement* le récit de son patient, (se) *représente* ce récit sous diverses formes, et *s'affilie* avec lui, suivant une réciprocité identique à celle des processus narratifs. Au-delà de la démarche clinique, la conséquence d'une telle considération est que le patient est en toute circonstance *unique*, inclassable, généralisable. Une singularité et non une statistique (*Ibid.* : 129).
- 18 Il est intéressant de noter que la question du *sujet* se posait de manière concomitante en littérature dans les mêmes dernières décennies du XX^e siècle. L'historiographie de tendance positiviste et les approches structuralistes avaient entraîné une sorte d'essentialisation de l'œuvre et de la lecture littéraire elle-même, découplant les phénomènes discursifs et textuels, figeant l'objet dans un certain anonymat de mots et de structures. Parmi d'autres qui ont réfléchi à une sorte d'impasse du littéraire au tournant du XX^e siècle, Georges Steiner énonçait l'*épilogue* du sens (1989) Todorov, évoqué plus haut, le *péril* de la littérature et des fins de son enseignement, suggérant de réintroduire « les œuvres dans le grand dialogue entre les hommes, engagé dans la nuit des temps et dont chacun d'entre nous, aussi minuscule soit-il, participe encore. » (2007 : 90).

2. « Langage tapissé de peau » (Barthes)

- 19 Le modèle de Rita Charon, fondé sur des modèles prédéterminés, peut apparaître comme trop rigide, voire formaliste, eu égard à l'activité du lecteur. La prise en compte de l'expérience du lecteur dans l'acte de lire, conçue comme activité intellectuelle (Mallarmé, 1895), désirante (Barthes, 1973), constructive (Stanley Fish, 1980), coopérative (Eco, 1989), inscrite dans le récit (Jouve, 2007), comme altérité (Steiner, 1989) ou comme effet (Iser, 1970) a développé une conception dynamique de la lecture et de son enseignement. Pour Michel Picard, rappelons-le, « le lecteur ne subit pas la lecture, il la produit » (Picard, 1986 : 52) et une telle activité lui permet de s'éprouver en tant que sujet, « en sa propre créativité » (*Ibid.* : 56). La lecture n'est plus la

réalisation d'un exercice, elle devient l'aventure *de la vie et celle du texte* pour le dire avec Roland Barthes (1973 : 93).

- 20 On conçoit que la valeur essentielle de la médecine narrative est de rendre le médecin ou soignant attentif et à l'écoute, d'améliorer sa capacité de relation, d'ouvrir la communication à *l'invisible* qu'elle occulte, l'acte de narration qui circule entre le médecin ou soignant et le patient devant faire valoir le sensible, la subjectivité et l'empathie comme manières d'agir sur le long terme. Le rôle attribué à la littérature dans le défi – présent – de « transformation narrative de la médecine et des soins de santé » (Charon et al, 2017 : 271 et suiv.), invite à explorer de nouvelles directions susceptibles de faire valoir tout son potentiel intellectuel, imaginatif, émotionnel et énonciatif.
- 21 Si, comme l'a récemment proposé Vincent Jouve, « les récits littéraires en tant que configurations fictives alimentant la réflexion fonctionnent exactement comme des expériences de pensée » (Jouve, 2019 : 127), le *pouvoir* des œuvres, en termes de formation médicale, peut être d'offrir au lecteur (étudiant ou professionnel de santé) un *laboratoire* intime où des pensées, des situations et des expressions peuvent être traitées, vécues, sur le mode fictionnel, portées, partagées par la voix. En admettant, (d)'après Baudelaire, que l'imagination est *la plus scientifique des facultés*⁴, l'expérience de pensée avec des textes critiques s'avère un moteur réflexif tout aussi pertinent, sinon complémentaire.
- 22 Sur cette base de principes et d'un travail collaboratif interdisciplinaire, je me suis vouée avec une collègue médecin, spécialiste d'éthique médicale, à construire un ouvrage critique et expérimental sous la forme d'une anthologie commentée, conçue comme un *laboratoire virtuel pour la réflexion éthique* (Cabral, Mamzer, 2019). La réflexion éthique comme la critique littéraire relèvent effectivement de processus de confrontation complexes dont la démarche repose sur trois polarités fondamentales : l'analyse, la réflexion et la mise en perspective de problèmes, au cas par cas. Destiné en premier lieu aux étudiants et professionnels de santé, l'ouvrage s'offre comme un espace de de réflexion, et d'analyse pour comprendre, traiter (en contexte académique ou hospitalier) et mettre en situation, par des exercices de lecture et/ou de représentation, des situations touchant le corps, l'expérience intime et sociale de la maladie, mais aussi la complexité des relations qui se tissent souvent entre raison scientifique et circonstance clinique.
- 23 La mise en situation mobilise fortement le *corps-langage* (Meschonnic, 2005 :30), l'interaction personnelle, voire physique entre le lecteur et le texte gagnant effectivement une dimension plus *active*, comme pour l'acteur de théâtre⁵. Nous glissons ainsi, presque insensiblement, de la lecture au théâtre, puisque, sans les appareils conventionnels du théâtre, le *jeu* de la lecture se transforme en art de la parole et du corps dans l'ici-maintenant de l'expérience. Nous *jouons* des scènes, et le faisons devant les autres participants, qui sont le public. C'est vers lui que nous dirigeons notre regard, notre voix et nos gestes, c'est lui que nous devons « toucher ». Réciproquement, nous sommes le public quand les autres participants *joueront* à leur tour.
- 24 Il y a, pour reprendre une formule à Roland Barthes, une « théâtralité » (Barthes, 1981 [1954] : 258), dans la mesure où le texte devenu spectacle projette le texte littéraire dans « la plénitude de son langage extérieur » vers un destinataire. Cette théâtralité⁶

est opérante, puisque le but est de susciter une réflexion personnelle et/ou collective, par analogie avec les situations du quotidien médical, ou soignant.

- 25 L'importance de l'entraînement par l'incarnation est déterminante, en termes de communication. En jouant, en regardant notre public, on entre dans la sphère de l'autre, on est dans la relation par l'énonciation, comme on le verra plus loin en convoquant Benveniste. On comprend combien le rythme, geste, le regard, la posture ne sont jamais neutres, mais porteurs de sens. Par-delà les mots, le *corps-langage* (où l'on peut considérer également le silence) *veut dire* quelque chose et *traduit* des émotions : stress, angoisse, doute, souci. Mais de nouveau, tout cela doit être communiqué. En jouant, on « essaie » simultanément des situations cliniques, et on prend conscience, notamment, de l'importance du langage verbal mais aussi des *mots du corps*.
- 26 En contexte de consultation, les dialogues comportent souvent, subrepticement, nombre d'informations pertinentes, ils ouvrent des pistes d'interprétation à explorer pour un diagnostic plus précis. Mais ils restent très souvent non-dits, *inter-dits*⁷ ; ils créent pourtant des attentes, des besoins, des désirs énoncés intérieurement, indépendamment de leur expression verbale, sans qu'il y parût. Benveniste (un des auteurs commenté dans la première partie « critique » de l'ouvrage) appelle cette forme de langage intérieur du dialogue intériorisé. Et pourtant, il relève de la *communication* dans la mesure où il relie discursivement deux voix, même dans l'exemple radical du monologue :

Le « monologue » procède bien de l'énonciation. Il doit être posé, malgré l'apparence, comme une variété du dialogue, structure fondamentale. Le « monologue » est un dialogue intériorisé, formulé en « langage intérieur », entre un moi locuteur et un moi écouteur. Parfois le moi locuteur est seul à parler ; le moi écouteur reste néanmoins présent ; sa présence est nécessaire et suffisante pour rendre signifiante l'énonciation du moi locuteur... (Benveniste 1974 : 85-86).

3. Lire, dire : une expérience humaine dans le temps

- 27 Avec la lecture, on peut avoir une perception plus fine de ce phénomène. Nous allons prendre une page d'Émile Verhaeren (issue de la seconde partie de l'anthologie, composée d'une soixantaine d'extraits littéraires), qui (d)écrit une scène silencieuse, troublante, véritable défi à l'appréhension d'un jeu de voix intérieures :

Un soir, à Biarritz, montant de la mer vers la place Sainte-Eugénie, para une fenêtre ouverte, je vis, prostrée au lit, une malade : cheveux lâchés, les mains, les maigres mains jeunes sur la blancheur éclairée des draps, tandis qu'une sœur de charité, assise et les yeux compationneux, regardait cette agonie, la fatale, venir – et moi-même j'étais malade alors, à peine convalescent, et une pitié énorme cria de mon cœur vers cette inconnue : condamnée ! je l'espérais du moins.

Je l'espérais ! et cet espoir lentement se corrodait de méchanceté. Je songeais : c'était parce que je la savais souffrante que cette gratuité et brusque pitié me florissait la haine et, surtout, grâce à l'irréversible et indubitable dénouement. Et soudain, j'aurai voulu savoir si autant que moi, elle avait mâché de l'ennui ; l'interroger, l'inquiéter. Avait-elle ballé dans le cauchemar, ardé dans les insomnies ? S'était-elle tailladée de douleurs et d'affres, comme un cœur de Sainte Vierge ? Et ne pourrai-je lui prédire une dernière torture avant le dernier hoquet, celui : les yeux en l'air comme pour rattraper le regard parti ?

Et, m'exaspérant, j'aurai voulu ajouter – car peut-être conservait-elle l'indéracinable illusion : « les médecins qui te consolent sont payés pour te consoler, la garde qui te soigne à des mains habituées à ensevelir, la mer que tu

regardes, si belle, n'est luisante et verte que de ton naufrage ; les linges d'hôtel que tu emploies et que tu salis, on les brûle, à moins qu'un de ces lignes ne t'ensevelisse – peut-être celui que tu tiens en main. Et tu pourras loin de tes amis, en cette ville hypocritement hospitalière qui tue comme une autre. Allonge-toi donc en l'enraidissement éternel, sur tout futur lit de cadavre, noue les mains avec ton chapelet béni et laisse sur tes prunelles tomber les paupières tombales. »

Mais, comme si elle eût compris mon hostilité mentale, la presque morte réfléchit, me regarda doucement, puis se souleva, pris une fleur à un bouquet de roses et la tendit comme un pardon à celui qui passait (Verhaeren, 1997 [1888] : 1045-46).

- 28 Le statisme et le silence de cette scène – proche d'un tableau et qui n'est pas sans rappeler « La mort dans la chambre du malade » d'Edvard Munch – accueille en son creux une parole particulièrement (paradoxalement) interpellante, dans la mesure où elle radicalise une communication – puisqu'il y a « relation discursive au partenaire » dans les termes de Benveniste » (Benveniste 1974 :85) –, tout en restant parfaitement silencieuse, et sans retour. Ce silence-là est pourtant une adresse, à la fois à l'autre et à soi, puisqu'en s'adressant à l'autre, le personnage parle du sentiment de soi.
- 29 La rencontre entre les deux regards séparés par la fenêtre – où l'on peut voir à la fois un seuil, espace frontière entre lui et elle, les reliant et les excluant à la fois, et le médium d'un certain voyeurisme d'époque (de la photo et du cinéma) – est ainsi donnée à entendre plutôt que donnée à voir, le processus représentationnel et vocal se jouant dans l'esprit du lecteur, qui la met en scène par le je/u de sa propre parole. Et c'est cette capacité du lecteur à énoncer, à réénoncer, que se trouve toute la richesse de la littérature : jamais un *sens* déterminé, et toujours une réalisation nouvelle. C'est dans le dire, dans la manière de dire, dans la diversité des incarnations que se vérifie, finalement, le caractère *unique* du récit. Par la médiation de la voix propre du lecteur – inséparable de son corps physique – le sens gagne un rythme propre, une sensibilité particulière, ne sensibilité personnelle, historique, sociale, culturelle...
- 30 La lecture du passage peut jouer plusieurs choses devant les yeux du lecteur : C'est la *représentation*, au sens de la médecine narrative – offrir un reflet de la réalité et faire réfléchir. À la vulnérabilité, en l'occurrence. Mais en le réalisant par sa voix propre et, selon les circonstances, par son corps-langage, c'est davantage qu'une reconnaissance qu'opère le lecteur. C'est *faire* au texte quelque chose qu'il est indubitablement le seul à faire, de sa propre voix, de son propre corps... C'est dans le défi de faire sien un discours parlé à partir d'une scène mentale et monologique que naît toute la richesse à la fois formative et transformative de l'exercice. Pour transmettre l'agressivité (le cri intérieur, qui est à la fois de l'empathie et de la répulsion), celui qui dit (« l'acteur ») doit traduire, rendre claire cette émotion (ou cette impulsion !) C'est là que le langage est vraiment créateur. C'est ce qui permettra au public de partager, à son tour ce texte, d'*entrer en relation* avec lui – comme le dit Henri Meschonnic à propos de la traduction⁸ – moins pour s'identifier aux situations, que pour *décentrer* sa position, dans un rapport qui est celui de la différence et de l'altérité.
- 31 La « scène » statique mais à multiples configurations visuelles, mentales, sensibles et émotives, illustre combien la parole est toujours une parole incarnée. L'énonciation particulière, à la fois inclusive et détachée, permet d'envisager l'entrejeu des discours dont procède à chaque instant tout énoncé et nous invite à nous rapprocher encore de Benveniste et de sa conception fondamentale du langage comme expression du sujet – unique et directe d'un 'je' à un 'tu' avec qui j'entre en relation. Ainsi, l'acte de dire est précisément l'énonciation, « cette mise en fonctionnement de la langue par un acte

individuel d'utilisation » (Benveniste, 1966, II, p. 80). Il précise ainsi que « chaque fois qu'un homme parle [...] c'est, à la lettre, un moment neuf, non encore vécu » (Benveniste, 1974 :74). L'acte de *dire* est bien un événement unique, procédant d'un *je* énonciateur (c'est pourquoi il est inséparable du concept de parole) vers un *tu*. Il s'agit d'une modalité interne au langage, alors que la langue est un code, à ce titre elle lui reste extérieure. Le langage est alors une expérience humaine unique, par un sujet singulier, inscrite dans le moment historique de l'énonciation, comme il l'observe à partir de l'analyse des personnes verbales :

Ainsi, en toute langue et à tout moment, celui qui parle s'approprie *je*, ce *je* qui, dans l'inventaire des formes de la langue, n'est qu'une donnée lexicale pareille à une autre, mais qui, mis en action dans le discours, y introduit la présence de la personne sans laquelle il n'est pas de langage possible. Dès que le pronom *je* apparaît dans un énoncé où il évoque — explicitement ou non — le pronom *tu* pour s'opposer ensemble à *il*, une expérience humaine s'instaure à neuf et dévoile l'instrument linguistique qui la fonde. On mesure par-là la distance à la fois infime et immense entre la donnée et sa fonction. [...] Que l'un des hommes les prononce, il les assume, et le pronom *je*, d'élément d'un paradigme, est transmué en une désignation unique et produit, chaque fois, une personne nouvelle. (Benveniste, 67-68)

- 32 Dans la sphère du discours, le 'je' implique un 'tu', et ils sont même *réversibles* (on l'a vu par rapport au monologue) : il lui permet de se réaliser comme *sujet*, alors que « il » n'existe qu'en dehors de la relation discursive, c'est une « non-personne », toujours selon Benveniste⁹. La relation discursive *de fait* est d'une importance capitale dans le cadre de la rencontre thérapeutique, comme on va s'efforcer de le montrer à présent.
- 33 Le « il » (et le « on »), souvent utilisés dans les consultations¹⁰, s'ils permettent en quelque sorte au médecin de se protéger, effacent la dimension énonciative de sujet (expression d'*individuation*), et empêchent la *rencontre* entre « je » et « tu »... Un exemple assez éclairant est livré par le médecin John Launer, dans un article intitulé « Dialogue and Diagnosis » publié en 2005 dans la revue *QJM - An International Journal of Medicine*. Launer y rend compte d'un cas assez exemplaire issu de sa propre expérience clinique. Il suivait alors une patiente d'une trentaine d'années, sans enfants, se plaignant d'une paresthésie persistante, à qui il avait prescrit plusieurs examens spécifiques, et envoyé chez un neurologue, sans jamais s'apercevoir de l'existence traumatique d'une perte de grossesse, une année auparavant. Ce n'est qu'au terme de plusieurs consultations, alors que les symptômes avaient quasiment disparu, et alors qu'ils dialoguèrent de nouveau sur sa maladie, par-delà les informations médicales *stricto sensu* qu'il put établir le lien entre les fourmillements et la paralysie, et la fausse couche, et parvenir à la thérapie appropriée. Il reconnaît alors combien son jugement avait été conditionné par des idées cliniques préétablies, par des dispositifs contraignants. Il en conclut du trait d'union essentiel entre dialogue et diagnostic, le récit « présent » et en présence permettant d'assimiler les données relatées, de les interpréter, de les saisir, enrichissant considérablement le jugement clinique, au détriment de consultations et des examens non nécessaires (Launer, 2005 : 322). Il est des situations plus nombreuses qu'on ne le croit, nous dit John Launer, où le partage et l'échange est la clé d'un meilleur diagnostic, tout simplement parce que donner et recevoir s'échangent réciproquement.
- 34 Pour autant que le discours soit rapporté à l'histoire, le temps qui informe n'est plus celui du temps *chronique*, pour parler avec Benveniste, ni enfermé dans les événements, mais celui du présent de l'énonciation, du *dire*. Il nous fait prendre en compte que « les

événements ne sont pas le temps, ils sont dans le temps », comme l'a remarqué Benveniste (1974 : 70). Le temps « chronique » propose des mesures et des divisions uniformes où se logent les événements, mais celles-ci ne coïncident pas avec les catégories propres à l'expérience humaine du temps » (*ibid.* : 73). Le temps est expérience humaine. Le temps de la lecture, le temps du discours oblige les interlocuteurs à être au présent, à être à l'écoute de l'autre. Basculer d'une conception objectivante du temps – quelque chose qui a un début et une fin – à une perception du temps reliée à l'expérience, immergée dans le vécu et la sensation, permet d'opérer une ouverture, une disponibilité à l'autre et de favoriser la sphère discursive de la relation, de la confiance. De ce point de vue, le récit du patient (et son écoute) dépasse la cohérence des événements (qui ont leur importance, bien sûr), mais, au contraire, il est le lieu par excellence du mélange, de la discontinuité, des ambivalences – des pensées, des événements. Alors que la perspective structurale et narratologique contraint à séparer les plans du récit et du discours, ce qui *arrive* pendant la consultation révèle, au final, que de tels clivages ne sont pas de nature, mais arbitraires, produit d'une délimitation *a posteriori*. Ce qui rejoint l'observation fondamentale et, risquons le mot, anthropologique de Roland Barthes, à la fin de d'« introduction à l'analyse structurale des récits » (1966) : « ce qui arrive, c'est le langage tout seul, l'aventure du langage, dont la venue ne cesse jamais d'être fêtée » (Barthes, 1985 : 206).

- 35 Benveniste nous proposait un autre niveau du temps, qui est le temps linguistique, qui nous permet de placer l'événement « dans le temps de la langue » (*ibid.*). Et cette dimension de réalisation par la parole est particulièrement pertinent à envisager en contexte de consultation, par la manière propre dont le temps s'articule à celui qui (s)énonce et à celui qui (s') écoute. Mouvement partagé, prolongé, dialogique et toujours présent : « réinventé chaque fois qu'un homme parle parce que c'est, à la lettre, un moment neuf, non encore vécu » (*ibid.* : 74). Dans cette mesure, le récit consonne étroitement avec la proposition d'Henri Meschonnic d'« écouter l'histoire qu'on a dans la voix » (Meschonnic, 2005 : 32). Parce qu'une voix est toujours corporelle, l'histoire est toujours unique.



- 36 La littérature est le seul art qui nous place au plus près du langage, c'est-à-dire la manière unique dont l'homme fait et traduit l'expérience du monde depuis la nuit des temps... Et ce qu'aucun autre art ne fait, à mon sens, ou du moins sans la même acuité c'est qu'elle opère *de l'intérieur*, engageant notre corps, voix et rythmes propres. Dans cette perspective, c'est le discours qui « réalise » le texte : le projette hors de son périmètre visuel, la voix devenant alors le garant d'une pratique unique, d'un *je/u* entre les formes et le sens. Elle est *relation*. Il paraît possible, à partir de là, de postuler que la voix est véhicule d'une intériorité et d'une pensée, renvoyant à un sentir et à un penser – et c'est en cela qu'elle recèle un pouvoir exemplaire : douée de vie propre, et capable d'un dire commun.
- 37 Il s'ensuit une extension pour la « lecture attentive » de la médecine narrative qui n'est plus seulement une lecture attentive à quelque chose, mais représentative *de* quelqu'un, reliant intimement l'objet et le sujet, souvent disjoints par des lectures de type immanente. Le dire invite à penser le rapport à la lecture en termes d'altérité,

d'expérience et de théâtralité, un rapport dialogique, tissé de présence, de reprises, d'échos et de rappels.

- 38 L'œuvre d'art et de langage *raconte* une expérience humaine, dans l'entrelacement de la personne et du temps. C'est là que la pensée de Benveniste nous est précieuse. Le récit est alors inséparable d'une vie discursive, du sujet, et du *vibrato* singulier de chacun. De là, de nombreuses manières (externes et internes) de dire (ou d'entre-dire) des émotions ambiguës, complexes, et, souvent, contradictoires (comme nous le révèle Verhaeren).
- 39 Dans la littérature qui se donne à écouter et à partager, le langage, que l'écriture, d'une certaine façon, fixe et immobilise est toujours prêt à résonner dans toute sa mouvance, dans toute sa pluralité, dans toute sa liberté première. Le souffle du (des) temps, et le *tempo* de la parole dans l'ici-présent de la vie. C'est ce que nous montre, *in fine*, autant que l'expérience, l'application concrète de la lecture.

BIBLIOGRAPHIE

BACQUÉ, Marie-Frédérique (dir.), (2011). *Annoncer un cancer. Diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention*. Paris : Springer.

BARTHES, Roland (1985 [1966]). « Introduction à l'analyse structurale des récits » *L'Aventure sémiologique*. Paris : Seuil.

BARTHES, Roland (1981 [1963]). « Littérature et signification », *Essais critiques*. Paris : Seuil.

BARTHES, Roland (1973). *Le Plaisir du texte*. Paris : Seuil.

BARTHES, Roland (1978). *Leçon*, Paris : Seuil.

BAUDELAIRE, Charles (1971). *Correspondance*. Paris : Gallimard.

BENVENISTE, Emile (1966 ; 1974). *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines ».

CABRAL, Maria, MAMZER, Marie-France (2019). *Médecins, soignants, osons la littérature. Un laboratoire virtuel pour la réflexion éthique*. Paris : Sipayat.

CHARON, Rita (2015). *Médecine narrative : rendre hommage aux histoires de malades*. Paris : Sipayat.

CHARON, Rita, DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E., Rivera Colón, E., Spencer, D., Spiegel, M. (2017). *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press.

CHARON, Rita, Nellie Hermann, Michael Devlin (2016). "Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation." *Academic Medicine*, 91. 3: 345-350.

COLE, Thomas R., et al. (2015). *Medical Humanities: an introduction*. New York, Cambridge University Press.

FISH, Stanley, (2007). *Quand lire, c'est faire. L'Autorité des communautés interprétatives*. Paris : Les Prairies ordinaires.

JOUBE, Vincent (2007). *Poétique du roman*. Paris : Armand Colin.

JOUBE, Vincent (2019). *Pouvoirs de la fiction. Pourquoi aime-t-on les histoires ?* Paris: Armand Colin.

LAUNER, John (2005). "Dialogue and Diagnosis," In *QJM – An International Journal of Medicine*, vol. 98, 4, (Ap. 2005): 321-322.

MALLARMÉ, Stéphane (2003). « La Musique et les lettres » (1895), *Œuvres complètes*, Paris : Gallimard, « La Pléiade », t. 2

MESCHONNIC, Henri (1999). *Poétique du traduire*. Lagrasse : Verdier.

MESCHONNIC, Henri (2005). « Embibler la voix », *Le Français Aujourd'hui*, 3/2005 (n° 150)

MORIN, Edgar (2011). *La Voie. Pour l'avenir de l'humanité*. Paris : Fayard.

STEINER, Georges (1989). *Réelles Présences. Les arts du sens*. Paris : Gallimard, « Folio essais ».

PAVIS, Patrick (2007). *Vers Une Théorie de la pratique théâtrale : voix et images de la scène*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion,

PICARD, Michel (1986). *La Lecture comme jeu*. Paris : Minuit.

RICOEUR, Paul (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, « Points ».

TODOROV, Tzvetan (2007). *La Littérature en péril*. Paris : Flammarion.

VERHAEREN, Émile (1997). "Strophes en prose" (Société Nouvelle, 1888), *Impressions, Première série*, in *La Belgique fin de siècle Romans. Nouvelles. Théâtre*, (Lemonnier, Eekoud, Maeterlinck, Rodenbach, Verhaeren, Van Lerberghe). Bruxelles : Complexe.

VIALA, Alain (dir.) (2009). *Le Théâtre en France*. Paris : P.U.F.

NOTES

1. Il faut replacer cette approche dans le contexte des bouleversements du système de soins de santé aux Etats-Unis dans les années 1980, marqués, comme le note Charon, par « l'intrusion de la logique de marché » (Charon, 2015 :16).

2. Notamment J. Hillis Miller (1987), *The Ethics of Reading* (New York, Columbia University Press), Martha Nussbaum (1990) *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*, (Oxford University Press, trad. franç : *La Connaissance de l'amour. Essais sur la philosophie et la littérature*, Paris, Editions du Cerf, « Passages », 2010); Peter Brooks (1984), *Reading for the Plot: Design and Intention in Narrative* (Oxford: Clarendon).

3. La nouvelle réforme des études de santé en France (votée en décembre 2019), postule des interfaces avec les sciences sociales et les humanités (arts, lettres et langues), ce qui pose des défis particuliers sur le plan théorique et méthodologique.

4. Lettre du 21 janvier 1856 à Alfred Toussenel « Il y a bientôt longtemps que je dis que le poète est souverainement intelligent, qu'il est l'intelligence par excellence, et que l'imagination est la plus scientifique de toutes les facultés parce qu'elle seule comprend l'analogie universelle ou ce qu'une faculté mystique appelle la correspondance. » (Baudelaire, 1971 : 36).

5. Je pense ici à la définition de théâtre d'Alain Viala, comme « fiction active » et « langage multiple » : « La force particulière de la fiction théâtrale, vient de ce que, comme spectacle, le théâtre est un *langage multiple* » (Viala : 2009 : 9 et 11).

6. Patrick Pavis souligne également la dimension *scénique* impliquée par cette notion, qui la distingue de la littérature. (Pavis, 2007).
 7. On peut donner comme exemple la scène d'ouverture de la pièce *Wit* (1999) de Margaret Edson (adaptée au cinéma par Mike Nichols en 2001), au moment précis de l'annonce du diagnostic du cancer par l'oncologue à Vivian, la protagoniste avec, en arrière-fond un dialogue imprégné de non-dits et d'ambivalence, jusque dans le sens immédiat des mots (scène traduite, reprise et commentée dans Cabral, Mamzer, 2019 : 190-193).
 8. On peut rappeler avec profit la formulation exacte : « La traduction est cette activité toute de relation qui permet mieux qu'aucune autre, puisque son lieu n'est pas un terme mais la relation elle-même, de reconnaître une altérité dans une identité. (Meschonnic, 1999 :191).
 9. « ...hors du discours effectif, le pronom n'est qu'une forme vide » souligne-t-il plus loin. (1974 : 66)
 10. C'est le cas notamment dans les consultations d'annonce de maladies graves. Voir à ce propos Marie-Frédérique Bacqué (2011).
-

RÉSUMÉS

Cet article s'attache à une discussion sur les atouts et enjeux mais aussi les extensions possibles du domaine émergent de la Médecine narrative, dont la méthode d'approche est fondée sur les études littéraires et des outils narratifs de lecture et écriture pour la formation médicale. Partant d'une brève présentation des principes et pratiques de la médecine narrative, l'étude vise à élargir son champ d'action aux en/jeux discursifs et corporels du processus de lecture. À partir des contributions théoriques sur la discursivité (Benveniste, Meschonnic), la théorie de la lecture (Picard, Jouve) et la théâtralité (Barthes, Pavis), nous traiterons deux exemples susceptibles d'illustrer la démarche, et d'éclairer sa convergence avec l'éthique médicale.

This paper is devoted to a discussion of the merits and the possible extensions of the emerging movement of Narrative Medicine, an interdisciplinary field methodologically grounded in literary and narrative studies and tools of reading and writing for medical education. Starting from a brief presentation of the principles and practices of Narrative Medicine, the article aims to extend the focus on discursive aspects and embodiment in the process of reading. From diverse sources on discursivity and theory of reading, we will explore two examples that combines literary reading, theatre foundations and major ethical issues in Medicine.

INDEX

Keywords : narrative medicine, Close reading, body-language reciprocity, discursivity, theatricality

Mots-clés : médecine narrative , lecture attentive , corps-langage , discursivité , théâtralité

AUTEUR

MARIA DE JESUS CABRAL

Universidade de Lisboa

mjcabral[at]campus.ul.pt